

**ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ***Дубчинская Н.Л., Козловский В.И.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Одним из важных элементов патогенеза артериальной гипертензии являются выраженные нарушения микроциркуляции. Известно, что ряд физиотерапевтических процедур улучшают реологию крови [1]. Однако недостаточно ясно, какие физиотерапевтические методы лечения наиболее эффективно улучшают микроциркуляцию.

Цель работы. Оценить выраженность расстройств деформации эритроцитов, агрегации тромбоцитов, адгезии лейкоцитов у пациентов с артериальной гипертензией и их изменения под воздействием физиотерапевтического лечения.

Материал и методы. Обследовано 375 пациентов с АГ II степени. Контролировались АД, ЭКГ, ЦГД. Проводилось исследование агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии (ЛТС) по методу Born на агрегометре AP-2100 «СОЛАР»; индуктор агрегации – адреналин. Исследовалась деформируемость эритроцитов (оценивали по скорости прохождения суспензии по сетчатым фильтрам) и адгезия лейкоцитов.

Статистическая обработка проводилась при помощи пакета статистических программ Statistica-10, электронных таблиц Microsoft Excel, параметрических и непараметрических методов анализа.

Медикаментозная терапия включала в себя следующие антигипертензивные препараты: эналаприл 5–20 мг, лизиноприл 5–20 мг, рамиприл 10 мг, периндоприл 4–8 мг, бисопролол 2,5–5 мг, амлодипин 5–15 мг, индапамид 2,5 мг, гипотиазид 12,5–25 мг.

Также использовались немедикаментозные методы по соответствующим методикам.

Магнитотерапия. Аппараты «Маг-30» и АМТ-01: воздействие на шейно-воротниковую зону, паравerteбрально, 30 мТл, по 8–10 мин с каждой стороны, ежедневно, на курс лечения 10–15 процедур.

Гальванизация по Щербаку. С. т. 6-16 мА, 6–16 мин, ежедневно, № 10–15.

Дарсонвализация волосистой части головы и шейно-воротниковой зоны (от аппаратов «Искра», «Блик»), грибовидным электродом, средней искрой, контактно, лабильно, 8-12 мин, ежедневно или через день, №10-12.

КВЧ-терапия. Местно воздействуют: 2-ое межреберье справа (область аорты), контактно, стабильно. Аппараты «Явь» или «Экстрасенс», длина волны 7,1 мм, 30 мин, ежедневно, №10-15.

Жемчужные ванны. Температура воды 35–37 градусов, 10–15 мин, ежедневно, №10.

Валериановые ванны. Температура воды 35–37 градусов, 10–15 мин, ежедневно, №10.

Подводный душ-массаж, температура воды 35–37 градусов, 2-3 атм, 15–30 мин, ежедневно, №10.

Циркулярный душ, температура воды 35–37 градусов, 1,5–2,0 атм, 3–5 мин, ежедневно или через день, № 8–12.

Радоновые ванны, 1,5–3,0 кБк/л, температура воды 35–37 градусов, 8-10-12-15мин, через день, №10-15.

Сауна. Температура до 90 градусов, влажность до 15%, 2–3 захода по 3–5мин, отдых между заходами 15-20 мин, гигиенический прохладный душ после процедуры, 1–2 раза в неделю, 5–6 раз.

Массаж воротниковой зоны и головы. Ежедневно, курс 10 процедур.

Наблюдение и оценка отдаленных результатов проводилась через 1, 2, 3, 4 и 5 лет. Регистрировали число госпитализаций, число гипертонических кризов, число инфарктов миокарда и инсультов, число вызовов скорой помощи.

Результаты и обсуждение. Выраженность снижения среднего артериального давления (АДС) после курса физиотерапевтического лечения отмечено в таблице 1. Достоверное снижение получено при применении КВЧ-терапии, жемчужных ванн, валериановых ванн, подводного душа, сауны, массажа воротниковой зоны и головы.

Таблица 1 – Изменение АД после физиотерапии

Методы лечения	Отличия АДС (после курса – исходное)	P
Гальванизация по Щербаку	- 3,3 мм рт.ст.	P>0,05
Магнитотерапия	- 2,3 мм рт.ст.	P>0,05
Дарсонвализация волосистой части головы и шейно-воротниковой зоны	- 6,1 мм рт.ст.	P>0,05
КВЧ-терапия	- 13,2 мм рт. ст.	P<0,05
Жемчужные ванны	- 11,1 мм рт. ст.	P<0,05
Валериановые ванны	-14,2 мм рт. ст.	P<0,05
Подводный душ	- 8,5 мм рт. ст.	P<0,05
Циркулярный душ	- 4,2 мм рт. ст.	P>0,05
Радоновые ванны	- 7,3 мм рт. ст.	P>0,05
Сауна	-13,4 мм рт.ст.	P<0,05
Массаж воротниковой зоны и головы	- 9,7 мм рт. ст.	P<0,05

При применении этих же методов отмечено достоверное снижение агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии (таблица 2).

Таблица 2 – Изменение агрегации ЛТС (%/мин)

Методы лечения	Исходно	После лечения	P
Гальванизация по Щербаку	20,6±1,4	16,5±1,3	P>0,05
Магнитотерапия	19,6±1,1	15,3±1,4	P>0,05
Дарсонвализация волосистой части головы	20,6±1,5	15,8±1,1	P>0,05
КВЧ-терапия	19,1±1,6	14,5±1,2	P<0,05
Жемчужные ванны	20,6±1,7	13,6±1,1	P<0,05
Валериановые ванны	20,0±1,4	13,0±1,3	P<0,05
Подводный душ	19,2±1,4	16,2±1,4	P>0,05
Циркулярный душ	19,7±1,3	15,9±1,2	P>0,05
Радоновые ванны	21,6±1,5	18,7±1,1	P>0,05
Сауна	19,8±1,8	12,5±1,3	P<0,05
Массаж воротниковой зоны и головы	19,6±1,9	13,5±1,2	P<0,05

Таким образом, наиболее значимыми физиотерапевтическими методами, влияющими на микроциркуляцию и обеспечивающими достоверное снижение артериального давления, являются КВЧ-терапия, жемчужные и валериановые ванны, сауна, массаж шейно-воротниковой области и волосистой части головы.

Выводы. Из апробированных методов лечения применение в комплексной терапии пациентов с артериальной гипертензией 2 степени в условиях поликлиники КВЧ-терапии, жемчужных и валериановых ванн, сауны, массажа шейно-воротниковой зоны и волосистой части головы сопровождается достоверным снижением среднего АД и агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии.

Показано, что применение валериановых ванн в виде курса в условиях поликлиник, а затем 2 ванны в неделю в течение года сопровождается достоверным снижением числа неблагоприятных событий у пациентов с артериальной гипертензией.

Литература:

1. Улащик, В.С. Физиотерапия. Универсальная медицинская энциклопедия / В.С. Улащик. – Минск : Кн. Дом, 2008. – С. 533-541.
2. Боголюбов, В.М. Общая физиотерапия / В.М. Боголюбов, Г.Н. Пономаренко. – М.-СПб., 1998. – С. 3-7.
3. Бируля, А.А. Некоторые немедикаментозные методы лечения артериальной гипертензии / А.А. Бируля // Неотложная кардиология и кардиоваскулярные риски. – 2018. – Т. 2, № 1. – С. 244-251.
4. Сытый, В.П. Немедикаментозные методы лечения артериальной гипертензии: доказанные и спорные эффекты. Часть 1 / В.П. Сытый, С.Ф. Горбатенко, О.В. Сытая // Лечебное дело. – 2014. – № 2 (36). – С. 64-67.

УДК 616.12-008.331

ЧАСТОТА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОРТОСТАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В РАЗНОЕ ВРЕМЯ СУТОК

Ерошкина Е.С.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Патологические ортостатические реакции (ОР) ассоциированы с увеличением частоты неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. Избыточная антигипертензивная терапия – наиболее частая причина патологических ОР у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) [1, 2].

Таким образом, актуально мониторирование ортостатических реакций в течение дня у пациентов с артериальной гипертензией.

Цель работы. Оценить частоту патологических ортостатических реакций у пациентов с артериальной гипертензией в разное время суток.

Материал и методы. В исследование включили 210 пациентов (56 мужчин и 154 женщин) с артериальной гипертензией, которые выполняли активный ортостатический тест 4 раза в день (в 8.00, 12.00, 16.00, 20.00). Средний возраст $54,27 \pm 8,92$ лет.

По результатам теста оценивали ортостатические реакции на 1-й, 3-й и 5-й минутах вертикального положения. Патологическими ортостатическими реакциями считали ортостатическую гипотензию (ОГ), ортостатическую гипертензию [3].

Результаты и обсуждение. У 38,57% пациентов с артериальной гипертензией наблюдались нормальные ортостатические реакции в течение суток. Из патологических ОР ортостатическая гипотензия выявлялась достоверно чаще, чем ортостатическая гипертензия ($p < 0,00001$).

У 12,86 % пациентов с АГ наблюдалась патологическая ОР 3-4 раза на протяжении всего дня (у 10,95 % – ОГ и у 1,91 % – ортостатическая гипертензия). У 2,38% пациентов выявлена и ортостатическая гипотензия, и ортостатическая гипертензия в течение дня.

Патологическая ОР одного типа (ортостатическая гипотензия или ортостатическая гипертензия) чаще встречалась 1-2 раза в день ($p < 0,00001$) – у 46,19% пациентов (1 раз – у 29,52%, 2 раза – у 16,67%). ОГ обычно выявлялась утром (у 9,05 % от общего числа пациентов), чем днем (6,19%) или вечером (5,23%). Ортостатическая гипертензия определялась чаще днем (4,29%), чем утром (2,38%) или вечером (2,38%).

Очевидна необходимость многократного проведения ортостатического теста с целью выявления патологических ортостатических реакций в течение суток и последующей модификацией антигипертензивной терапии.

У пациентов с однократно выявленной ортостатической гипотензией или ортостатической гипертензией лучше повторить исследования в течение нескольких дней, чтобы определить является ли патологическая ортостатическая реакция стойкой в данное время суток.